

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Wilson Batista Siqueira
Mâncio Lima/AC**

LUÍS MENDOZA COBAS

Pelotas, 2015

LUÍS MENDOZA COBAS

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Wilson Batista Siqueira
Mâncio Lima/AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C652m Cobas, Luis Mendoza

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Wilson Batista Siqueira Mâncio Lima/AC / Luis Mendoza Cobas; Thiago Santos de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Souza, Thiago Santos de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

- ✓ Primeiramente a Deus, pela sabedoria infinita, saúde e proteção, e por me proporcionar uma vida honesta de trabalho e de estudo.
 - ✓ À minha família que soube entender a minha ausência.
 - ✓ As orientadoras que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta intervenção auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.
- .

AGRADECIMENTOS

- ✓ A Deus, por guiar-me nos caminhos da sabedoria e por derramar saúde , e proteção, e pela força para superar as dificuldades e desafios que tive e tenho que enfrentar.
- ✓ A todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse este curso, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.
- ✓ À minha família, em especial, aos meus pais que me deram amor, incentivo e apoio incondicional.
- ✓ Ao meu orientador Thiago e minha co-orientadora Teresinha Weiller, pelos suportes e apoio no pouco tempo que lhes coube. A eles sou muito grato pelo incentivo.
- ✓ À UFPEL/UNASUS pela oportunidade de formação e excelente ensino do corpo docente.
- ✓ Aos meus colegas do Programa Mais Médicos, por fazerem parte desta realidade e brindar saúde a outros países (internacionalista).

RESUMO

COBAS, Luís Mendoza. **Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima/AC. 2015.** 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde, pois, são as primeiras causas de morte. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se nos fatores de risco mais importantes para as afeções cardiovasculares e geram alto custo econômico. Nas estatísticas de saúde pública, percebe-se que essas doenças têm alta prevalência e baixas taxas de controle. O acompanhamento e o tratamento oportuno reduzem o risco de complicações. Este trabalho refere-se ao desenvolvimento de uma intervenção que teve por objetivo, melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família Wilson Batista Siqueira, no município de Mâncio Lima estado do Acre. As ações foram desenvolvidas nos quatro eixos temáticos propostos pelo curso: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da prática clínica, para o controle deste grupo. O projeto teve duração de três meses, para o monitoramento da intervenção foi utilizado os prontuários com as informações dos usuários e a planilha de coletas de dados disponibilizada pelo curso. Durante a intervenção foram acompanhados 203 usuários com hipertensão e 51 com diabetes em consulta e visita domiciliar agendada, sendo alcançada a cobertura de 93,5% e 100%, respectivamente. Em relação aos indicadores de qualidade tivemos 100% dos usuários com exame clínico apropriado, estratificação de risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, atividade física, risco de tabagismo e higiene bucal. Como aspectos positivos, ressaltamos a ampliação do cadastramento de todos os usuários com hipertensão e diabetes acima dos 20 anos, além da implantação de registros específicos como os prontuários e o atendimento clínico integral e humanizado.

Palavras-chave: Saúde; Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa do Estado do Acre.	13
Figura 2	Reunião da equipe sobre o projeto de intervenção, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.	54
Figura 3	Atendimento clínico à usuária com hipertensão, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.	55
Figura 4	Atividade educativa sobre hipertensão e diabetes, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.	56
Figura 5	Participação dos idosos, e outras pessoas com hipertensão e diabetes em palestra no teatro municipal, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.	57
Figura 6	Visita Domiciliar a usuário com pé diabético, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.	58
Figura 7	Visita Domiciliar a usuária acamada pelo AVC, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.	59
Figura 8	Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos na UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre.	64
Figura 9	Figura 9: Cobertura do programa de atenção à saúde dos diabéticos na UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	64
Figura 10	Proporção de hipertensos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	65
Figura 11	Proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	66
Figura 12	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	67
Figura 13	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, USF Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	68

Figura 14	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre.	68
Figura 15	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre.	69
Figura 16	Proporção de hipertensos, faltosos as consultas medicas com busca ativa UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	70
Figura 17	Proporção de diabéticos, faltosos as consultas medicas com busca ativa UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	71
Figura 18	Proporção de hipertensos com registro adequado de acompanhamento UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre.	71
Figura 19	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de. Acompanhamento UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre.	72
Figura 20	Representante da OPS e gestor municipal em visita a UBS interessados polo funcionamento da especialização, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.	85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação à distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
SISCOLO	Programa de prevenção de câncer do colo de útero
SISMAMA	Programa de Câncer de Mama
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento
TAC	Tomografia Axial Computadorizada

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da USF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma	55
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	63
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados.....	64
4.2 Discussão	75
5 Relatório da intervenção para gestores	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	82
Referências	83
Apêndices.....	84
Anexos	86

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância (EaD) da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O projeto de intervenção foi construído a partir da análise situacional e estratégica da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Mâncio Lima, no estado do Acre, visando à Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

O volume contempla a análise situacional, com a descrição da situação da atenção primária na UBS Mâncio Lima. A partir da análise situacional foi possível detectar as principais potencialidades e fragilidades quanto à estrutura, processo e resultados conforme a realidade do território.

A análise estratégica permitiu a realização do projeto de intervenção, em consonância com a necessidade detectada através da ação programada para a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

O relatório da intervenção dá visibilidade à intervenção através das ações realizadas, ações não realizadas (ou realizadas parcialmente), dificuldades encontradas, e a possibilidade de incorporar a intervenção na rotina da UBS.

Os resultados da intervenção abordam a análise quali-quantitativa e a discussão da intervenção e apresentação do relatório para os gestores e comunidade. A reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem aborda o que o curso proporcionou ao especializando: O desenvolvimento de trabalho em relação às suas expectativas iniciais, o significado do curso para sua prática profissional, e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da UBS/APS

A Unidade Básica de Saúde Wilson Batista Siqueira está localizada Na zona urbana do município de Mâncio Lima estado do Acre. A unidade atende usuários provenientes das zonas urbana e rural do município. Os atendimentos e ações de saúde prestada aos usuários são realizados em dois turnos: das 08h00min horas as 12h00min horas, e das 14h00min horas às 16h00min horas, através de consultas e visitas domiciliares.

A equipe é formada por 01 médico de família, 01 dentista, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de serviços bucal, 02 técnicos de enfermagem, 01 técnica para coleta e processamento de exames de malária e 01 auxiliar de serviços gerais. Em relação à estrutura física, a unidade possui 01 área para recepção dos usuários, 01 espaço com armários para guardar arquivos, 01 sala de reuniões, 02 consultórios com banheiros e um sem, 01 sala de vacina, 01 sala de curativo, 01 sala de nebulização, 01 farmácia, 01 área de serviço, 01 área para compressor, 01 sanitário, 01 cozinha, 01 depósito para materiais de limpeza, 01 sala de esterilização e 01 sala de expurgo.

Os equipamentos disponíveis para realizar as ações de saúde, são suficientes para garantir os atendimentos, e os mesmos encontram-se dentro da UBS e em boas condições de uso. O mesmo ocorre com os instrumentos e equipamentos do consultório odontológico, onde existe um sistema de manutenção e reposição de equipamento e materiais mobiliários além de outros materiais de consumo. Os profissionais da equipe bem como os líderes da comunidade, utilizam os computadores para a realização do prontuário eletrônico, revisão de bibliografia e outras tarefas de competência da equipe. O reabastecimento de materiais e insumos para a realização das atividades, bem como para o bom funcionamento e atendimento dos usuários, é feito de maneira satisfatória.

O município possuiu uma farmácia central, onde os usuários podem adquirir os medicamentos mediante a apresentação de receituário médico, e onde são fornecidos às Unidades Básicas de Saúde, os medicamentos e

equipamentos de urgências, como vacinas, remédios para hipertensão, preservativos, materiais para curativo, e outros.

Toda a equipe participa do processo de mapeamento. Acreditamos assim que, em curto prazo, cadastraremos todos os usuários da nossa área de abrangência. Em nossa UBS, existe expectativa de que as equipes da ESF tenham um cadastro atualizado de sua população adstrita. Entretanto, ainda que este cadastro esteja incompleto e desatualizado, a equipe tem trabalhado dia após dia para terminar o cadastro. O número de equipes é suficiente para dar conta das demandas da população da área de abrangência, porque para o Ministério da Saúde a estimativa da população está em consonância com a Secretaria de Saúde do estado que é de 1.475 usuários. Esta estimativa parece estar de acordo com a distribuição da população por sexo e por faixa etária na área de abrangência da UBS. Segundo dados disponíveis na Secretaria de Saúde do Município, a população é relativamente jovem e predominantemente do sexo feminino.

Para atender a demanda espontânea com equidade e qualidade, o número de fichas é ilimitado para os usuários. Mesmo não tendo só ações normativas e burocráticas, os acolhimentos e as escutas são realizados nos dois turnos de atendimento, sem constituir-se em barreira para os pacientes. A equipe trabalha com um conjunto de ações envolvendo os usuários e trabalhadores. Entretanto, organizamos o trabalho a partir de um fluxograma de usuário que é uma estratégia de organização do trabalho coletivo, facilitando o acesso à escuta e qualificando o atendimento nas necessidades de saúde com equidade.

Os horários de atendimento médico ocorrem da seguinte forma: consultas, (segunda, terça, e quarta-feira pela manhã), segunda e quinta-feira (à tarde). As visitas domiciliares acontecem nas terças e sextas-feiras à tarde, e a reunião da equipe ocorre nas sextas-feiras das 16h30min às 17h30min. Às sextas-feiras são dedicadas a especialização, conforme pedido da Secretaria Municipal de Saúde. O dentista trabalha em regime de 30 horas semanais.

Na unidade, realizam-se as seguintes ações de saúde: vacinação, Atualização de dados do Programa Bolsa família, Grupos de Hiperdia, Atividade

física semanalmente no salão da comunidade, mostra para Papanicolau e teste rápido de HIV. A unidade ainda não conta com consultas de nutricionista, nem dispõe de psicóloga, apresentando a falta deste profissional no município, onde os disponíveis só fazem atendimento grupal, não individual. Não tínhamos psiquiatra há dois anos e, recentemente houve contratação por seis meses, mas o agendamento não é por encaminhamento do médico e sim por livre demanda. Igualmente acontece com o agendamento para as especialidades médicas, o qual é muito demorado porque meu município não tem especialista. Outros exames complementares como ressonância ou tomografia axial computadorizada (TAC), radiografias, mamografias, eletrocardiograma, ultrassonografia também não temos disponibilidade suficiente.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Mâncio Lima está localizado no extremo oeste do estado do Acre e no extremo norte do país, sendo considerado o município mais ocidental do Brasil. Seu ponto mais extremo fica a oeste das nascentes do rio Moa. Localizado as margens direitas do rio Paraná-Japiim, ocupa uma área de 4.672,321 Km² que se estende a 30 km da foz do Rio Ma.

De acordo com dados do IBGE, em 2014 a população era de 16.795 hab, dos quais cerca de 70% vivem na área urbana. Seus Limites territoriais são: ao norte com o estado do Amazonas, ao sul e a oeste com o Peru, a leste com o município de Rodrigues Alves e a nordeste com o município de Cruzeiro do Sul.  também um dos municípios mais distantes da capital do país. Entre Mâncio Lima e Brasília, a distância em linha reta é de aproximadamente 2.870



Figura 1: Mapa do Estado do Acre. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

O Sistema de Saúde do município dispõem de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) as quais tem implementado a Estratégia Saúde da Família (ESF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ainda não há disponibilidade de atenção especializada, e o hospital local está com uma infraestrutura muito carente. Ainda assim, a unidade conta com alguns complementares de sangue, e alguns exames como ultrassonografia, mamografia, radiografia, eletrocardiogramas e outros, indispensáveis para avaliação, além das consulta quanto a evolução de doenças.

Os demais atendimentos e procedimentos cirúrgicos são feitos no Hospital Regional do Juruá, localizado no município vizinho (Cruzeiro do Sul) distante 38 km. Sendo assim, possuímos grandes deficiências na atenção de saúde, tema já discutido em todas as UBS em encontros com o prefeito, os secretários estadual e municipal de saúde além de toda a equipe.

O prédio da UBS tem dois anos de construção, é novo e confortável. Possui um mapa geográfico da área de abrangência atualizado, onde mostra que no último cadastro populacional realizado em 2014 tínhamos 85% de cobertura, e agora com a equipe completa de ACS pretendemos alcançar os 100%. A UBS não conta com sala de espera, os usuários ficam aguardando em cadeiras instaladas no corredor causando um constante fluxo de usuários que às vezes atrapalha o trabalho da equipe.

As janelas são de madeira, mas com boa ventilação natural. Porém, existe a falta de alguns materiais e instrumentos necessários para a realização de pequenas cirurgias. As atividades em grupo, por exemplo, são feitas no corredor e as atividades da equipe são realizadas na sala de reuniões sem nenhum recurso audiovisual como: televisão, tela de projeção, projetor. Também não há almoxarifado, e a pequena farmácia conta com poucos medicamentos usados somente em algumas doenças crônicas. Nos demais espaços há boa iluminação, pisos, as paredes e armários são laváveis, estão em ótimas condições, os consultórios do médico e do dentista são climatizados e com boa sinalização, banheiros com espaço amplo e em bom estado.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende as zonas urbanas e rurais com o modelo de atenção da Estratégia da Saúde da Família (ESF) está vinculada ao SUS e apresenta vínculos com as instituições de ensino. A equipe está formada por dois médicos especialistas em medicina geral integral, um odontólogo, auxiliar de saúde bucal, um enfermeiro licenciado em enfermagem, duas técnicas de enfermagem, dois agentes da vigilância em saúde, seis agentes de saúde, um auxiliar de limpeza.

Em relação ao cadastramento familiar a meta é cadastrar 100% da população. Para isto a unidade continua planejando as ações de prevenção e promoção de saúde, trabalhando com os vereadores sobre as necessidades da população. Também está sendo trabalhada a participação de gestores municipais, programando as atividades e priorizando soluções de problemas de saúdes mais frequentes, compartilhando, educando e orientando os usuários. É indispensável uma intervenção que envolva mais de uma ação programática, com o sentido de qualificar e promover melhorias na APS. O objetivo fundamental da equipe é oferecer um bom atendimento, apesar das deficiências e dificuldades, principalmente, a insuficiência de médicos especialistas no município e a inexistência de um centro de diagnósticos.

A população da área de abrangência da UBS é de 1.475 habitantes, sendo que foram estimados denominadores dos indicadores por faixa etária e sexo. No momento temos 29 crianças menores de 01 ano, 94 pessoas maiores de 60 anos e 23 gestantes. Como a UBS não dispõe de sala de acolhimento, este serviço é feito no corredor ou na recepção geralmente pela recepcionista e os agentes de saúde, os quais são capacitados para a atenção aos usuários e na priorização dos problemas agudos de urgência.

De modo geral, todos os profissionais da equipe de saúde participam do processo de acolhimento e identificação de risco, ainda que necessitem melhorar o processo de organização e conhecimento. Os serviços são ofertados nos dois turnos, priorizando os atendimentos que apresentam quadros agudos de maior gravidade (crianças pequenas, gestantes com gravidez de risco, deficientes físico ou visual e idoso). O atendimento as gestantes e crianças menores de 01 ano ocorrem nas terças e quintas-feiras, o rastreamento de

câncer do colo de útero é feito nas quartas-feiras (esta última atividade feita pelo enfermeiro) e as visitas domiciliares são feitas nas terças-feiras e sextas-feiras pela manhã intensificadas aos grupos considerados de risco. Além desta programação de atendimento realizamos também visitas de urgências.

A cobertura do atendimento de puericultura com visitas já na primeira semana foi de 93%, mas ainda temos que melhorar para alcançar os 100%. O atendimento de puericultura em menores de 12 meses e até 72 meses realizados nas terças e quintas-feiras pelo enfermeiro, também é realizado todos os dias pelo pessoal médico para as crianças que residem fora da área. Como o município não tem pediatra contratado, o que atende as crianças trabalha no Hospital do Juruá em Cruzeiro do sul, sendo uma limitação muito importante para avaliação de doenças agudas das crianças que não podem ser resolvidas na UBS, entre outros casos de urgência e emergência. Ressalta-se que em todos os atendimentos e procedimentos, utilizamos o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde do ano de 2013. Realizamos visitas domiciliares na primeira semana após o parto com objetivo de fazer a captação do recém-nascido com presença do médico, enfermeiro, dentista e demais integrantes da equipe reforçando as orientações necessárias e demonstrando cuidado e atenção com mãe, filho e demais familiares.

A puericultura caracteriza-se como um serviço que deve ser ofertado de maneira organizada e não na perspectiva de demanda espontânea. Por isso é preciso intensificar as medidas de promoção e prevenção na qual deve ser uma prática rotineira na ESF, questionando se a mãe recebeu ou não a caderneta, fazendo os registros e acompanhamentos, além de incentivar a leitura já que há uma série de orientações importantes e com uma escrita simples oferecer ações educativas sobre aleitamento materno, alimentação saudável, saúde bucal, imunizações, vigilância do crescimento e desenvolvimento, importância da coleta de sangue para o teste do pezinho, acidentes domésticos, condições higiênicas e sanitárias da vivenda e outros aspectos biopsicossociais no contexto familiar.

A atenção pré-natal é feita por consultas agendadas todas as terças e quinta feiras. Ainda há problemas na realização de exames laboratoriais na primeira consulta. Apesar de sua indicação, existe um percentual muito baixo,

onde das 23 gestantes apenas 14 (68%) estão com os exames feitos na consulta de avaliação e apenas 8 (36%) gestantes com todos os exames feitos na primeira consulta. Na maioria das vezes, isso acontece por desconhecimento da importância dos mesmos, e outras porque na atenção primária não conta com um laboratório, assim, ela tem que acessar a atenção secundária e a demora é prolongada para realiza-lo.

Os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal avaliado estão muito baixos. De maneira geral, apenas 12 (55%) das gestantes estão com vacinação em dia e 5 (42,5%) não foram vacinadas “por medo”. A avaliação ginecológica por trimestre está em 100%, mas a avaliação de saúde bucal em gestante tem um percentual muito desfavorável, somente 12 (55%) foram atendidas e 10 gestantes não estão sendo acompanhadas.

A cobertura de consulta do puerpério tem um total de 29 mulheres que tiveram parto nos últimos 12 meses, destas 27 (95%) realizaram a consulta de puerpério na primeira semana. As mulheres não consideram importante o planejamento familiar e a atenção precoce oportuna e contínua da gravidez. A não participação de homens na atenção à saúde reprodutiva e sexual é outra das deficiências neste programa de saúde. É preciso ter uma cobertura adequada de medicamentos de primeira linha na farmácia da UBS para garantir os tratamentos das principais morbidades das grávidas, o que nesse caso, só contamos com medicamento de primeira linha da hipertensão gestacional.

Durante as visitas domiciliares explicamos às mulheres em idade fértil a importância do planejamento familiar e encontramos grávidas que ainda não tinham começado o pré-natal e orientamos quanto importante é o seguimento do pré-natal. Nas consultas seguimos os protocolos indicando os exames complementares, mesmo assim, ainda tem muitas situações que dificultam o bom funcionamento do programa de atenção pré-natal e Puerpério, devido aos padrões culturais muitos enraizados na população como a não participação de parceiros nas consultas junto com as grávidas, captações tardias de grávidas que não procuram a tempo o acompanhamento pré-natal, falta de centralização de especialistas em obstetrícia e ginecologia já que eles ficam no município

vizinho, para garantir a cobertura do atendimento com qualidade das grávidas independentemente do risco.

Existe alta incidência de anemia materna, hipertensão gestacional, infecção urinária, risco prematuridade, e caries dentárias sendo significativo a pouca importância que dada à saúde bucal das grávidas. Estamos fazendo palestras e atividades de educação em saúde para mostrar a necessidade do acompanhamento odontólogo na atenção pré-natal, visando obter a compreensão da importância de iniciar o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. As orientações oferecidas precisam ser adequadas às reais necessidades e apropriadas para cada caso específico.

Em relação com os exames preventivos de câncer de colo de útero e mama, é importante que a equipe conheça a população total cadastrada o qual facilitará a identificação de todas as mulheres da faixa etária prioritária e aquelas que têm risco aumentado para algumas doenças. O envolvimento e as ações de educação em saúde são importantes para romper tabus, facilitando o acesso das mulheres ao exame de Papanicolau, fazendo com que haja superação dos fatores de impedimento e uma melhor compreensão de seus sentimentos relacionados ao exame preventivo.

As ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, além de reforçar sinais e sintomas de alerta que devem ser identificados pelas próprias usuárias. A realização do exame Patológico ocorre na própria unidade básica de saúde, e é realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. As usuárias que não comparecem espontaneamente podem ser convocadas para realização do exame por meio de visitas domiciliares feitas por toda a equipe ou pelos agentes de saúde. Na UBS o exame é feito nas segundas, quartas e sextas-feiras pelo enfermeiro. Temos sala de preventivo na qual é coletada amostra após a realização da anamnese da mulher. O ponto negativo é que os resultados dos exames coletados são recebidos com um intervalo mínimo de 6 meses. Este problema deve ser debatido por todos os profissionais com os gestores de saúde de cada localidade, os quais devem adotar estratégias para solucionar esta situação.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os de mais níveis de atenção. Por isso é muito importante aumentar a cobertura da mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. As ações de prevenção de saúde são uma estratégia fundamental para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames e reforçar sinais e sintomas de alerta na detecção precoce desta doença. O controle do tabagismo e uso de preservativos durante a relação sexual protege do contágio pelo HPV e outras doenças sexualmente transmissível, controle de mulheres a partir de 50 anos de idade (fator de risco mais importante para câncer de mama), mulheres múltiparas, obesidade, ingestão regular de álcool, gravidez após os 30 anos, história familiar de câncer de mama.

Nesta ação programática se estima que para cada área de abrangência de minha ESF, o total de mulheres entre 25 a 64 anos é de 305 (96%). Desse número, 297 são acompanhadas no programa para prevenção de câncer de colo, com exame cito patológico em dia 269 (91%), com atraso de mais de 6 meses. Assim, temos 24 mulheres identificadas com risco do câncer de colo, 04 com exame cito patológico alterado, e 256 com coletas de exame satisfatório. Do total, 297(96%) receberam orientações sobre prevenção de câncer e as mesmas 297(100%) foram orientadas sobre prevenção do câncer.

Em relação ao programa de prevenção do câncer de mama, a unidade apresenta os seguintes dados: das 74 mulheres de 50 até 69 anos, 97% (72) são acompanhada e estão com mamografia em dia, 43% (31), estão em atraso com mais de 6 meses, 50%, identificadas em risco, e 46% (33) orientadas na prevenção de câncer de mama). O programa de prevenção de câncer de mama apresenta indicadores que refletem as limitações e a pouca acessibilidade, já que o município não conta com equipamento necessário para mamografia. As mulheres necessitam deslocar-se até o município de Cruzeiro do Sul que fica a 38 quilômetros, isso porque o município tem uma cota limitada de exames ao ano.

A unidade tem como objetivos, o controle do câncer de colo do útero e mama, o aumento da cobertura da mamografia nas mulheres entre 50 e 69 anos, a ampliação da cobertura de exame histopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, o tratamento de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. As ações de prevenção de saúde são uma estratégia fundamental para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames e reforçar sinais e sintomas de alerta na detecção precoce desta doença. O controle do câncer do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção.

Em relação à hipertensão arterial e diabetes de acordo com a estimativa do caderno das ações programáticas do Ministério da Saúde (2013) 259 pessoas têm hipertensão e 74 são diabéticos. Entretanto a ESF tem cadastrado 213 (82%) hipertensos e 51 (69%) diabéticos. No momento da análise situacional tinha indicadores muito desfavoráveis com uma cobertura de apenas 67% para hipertensos e 62% para diabéticos.

Para atenção aos usuários hipertensos e diabéticos temos implementado o programa HIPERDIA. Neste, os usuários são atendidos na unidade por todos os profissionais da equipe onde são disponibilizados os medicamentos para tratamento na farmácia da própria unidade. Oferecemos as vacinas de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS e realizamos ações educativas, de prevenção de doenças e promoção à saúde, individuais e coletivas, visando melhorar a qualidade de vida. Os atendimentos ocorrem em três dias da semana, durante os dois turnos e são registrados nos prontuários. Após o atendimento fica programada a próxima consulta.

Buscamos promover a mudança de hábitos de vida e a participação comunitária ajudando a mudar o estilo de vida da comunidade além de orientar a população sobre a importância da prática de exercícios físicos. Para isso, estamos buscando identificar lideranças comunitárias que possam formar um grupo de caminhada/práticas corporais. Também orientamos sobre a necessidade de reduzir ou abolir o hábito de fumar e estamos planejando um grupo de apoio para os fumantes.

Os hipertensos e diabéticos chegam a UBS tanto com consulta agendada como em demanda espontânea, depois do acolhimento faz-se um exame físico completo para calcula-se o IMC. Os exames complementares são solicitados e às vezes tem como resultado um síndrome endócrino metabólica, necessitando tratamento segundo protocolo de saúde. Se algum órgão está comprometido se encaminha o sujeito a diferentes especialidades, como oftalmologia, cardiologista, endócrino, necrólogo, nutricionista. Mas, está é uma das limitações de meu município contar com uma referência adequada.

Faz-se o rastreamento dos maiores de 18 anos para hipertensão arterial e a toda população para Diabetes Mellitus, visando o diagnóstico precoce, ainda sem as complicações. A equipe avalia se existem fatores de riscos como idade, história familiar, sedentarismo, obesidade, fumantes, alcoólatras, situações socioeconômica, culturais, entre outras. É preciso que a população se conscientize em fazer as mudanças do estilo de vida e percebam os riscos a que são submetidos, com os hábitos alimentares, que ainda tem algumas pessoas, por isso se faz atividades individuais no grupo de pessoas, em famílias entre outras, participando o médico, enfermeira, ACS e dentista. É preciso que o usuário saiba que estas doenças são preveníveis, que e se tratadas precocemente resultam em uma vida mais longa e com mais qualidade.

Em nossa UBS temos controle dos usuários com HAS e DM, segundo o programa HIPERDIA do MS. Trabalhamos também com a população que apresenta fatores de risco em desencadear estas doenças, aproveitando principalmente os cenários das consultas da UBS e as visitas domiciliares levando em nosso pensamento a visão integral do indivíduo, da família e da comunidade. Nosso objetivo principal é mudar os estilos de vida não saudáveis para estilos de vida saudáveis, através do incentivo e prática de exercícios físicos, além de fomentar uma alimentação adequada, evitar o sedentarismo, tabagismo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sobrepeso e obesidade.

Apesar de todo o esforço e das ações já realizadas ainda enfrentamos dificuldades como a prestação aos cuidados dos usuários com HAS e DM, mas sabemos que podemos ofertar um cuidado melhor, em vista disso buscaremos qualificar nosso programa.

Em relação à atenção aos idosos da área, a ESF está identificando quais são os problemas da população, tais como doenças crônicas, deficiências físicas e mentais, desordem dos órgãos dos sentidos a vista e auditiva, incapacidade mental, situação socioeconômica e situação com a moradia. Assim, as pessoas idosas que não possuem cuidadores responsáveis pela sua alimentação e higiene, tem-se a urgência em atenção prioritária para a realização de consultas e visitas domiciliares, pois há prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e doenças degenerativas.

As doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa, entre elas destacamos as cerebrovasculares e as cardiovasculares. O cuidado a pessoa idosa deve ser realizado integralmente com a participação de todos os participantes da equipe de saúde. As ações coletivas na comunidade como atividades de grupo e a participação nas redes sociais dos usuários são alguns dos recursos para melhorar a qualidade de vida deste grupo. A equipe deve de apresentar comprometimento com o atendimento aos pacientes idosos, pois são vulneráveis a muitos problemas tanto biológicos, como sociais e econômicos.

A equipe de saúde local tem um papel fundamental na estruturação de estratégias viáveis de mudança de estilo de vida como: implementação de atividades em grupo e palestras, orientação sobre o tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, alimentação saudável, importância de exercício físico e a mobilização do usuário encamado ou prostrado crônico.

A unidade oferece atividades físicas com a participação de uma professora de educação Física desenvolvendo atividades para aumentar a esperança de vida, criando um ambiente propício e favorável a um envelhecimento mais saudável. As consultas aos usuários idosos são realizadas diariamente, onde são avaliados de forma integral, escutando suas queixas, examinando, avaliando a capacidade física e mental. Todos os atendimentos são registrados no prontuário clínico e as vacinas no prontuário. Não contamos com arquivos específicos das pessoas idosas, os prontuários são arquivados por famílias.

A Unidade Básica de Saúde não tem protocolo de atendimento para idosos, não tem atendimento de especialista da área de saúde tais como cardiologista, geriatra, traumatologia, urologista e outro. Os especialistas ficam no hospital Juruá em outro município. A participação da família conjuntamente com a equipe de saúde no cuidado e na atenção ao bem-estar ao idoso é fundamental. Os profissionais de saúde neste caso atuam como incentivadores do cuidado e, sobretudo, atentos a qualquer alteração na situação das famílias ou das pessoas individualmente.

Os principais indicadores de atenção à pessoa idosa mostram que, comparando com os parâmetros do Caderno de Ações Programáticas do Ministério da Saúde, temos 92 idosos (98%) cadastrados e acompanhados, 23 (25%) com cadernetas de saúde, 46(50%) com avaliação multidimensional, 69(75%) acompanhados em dia, 17(18%) com hipertensão arterial e 6(7%) com Diabetes, 64 (70%) avaliados como risco para mobilidades, 41(45%) com fragilização, 100% orientados sobre atividade física e alimentação saudável, 46 (50%) avaliação em dia em saúde bucal em dias. Os indicadores de qualidade demonstram que ainda temos muitas atividades para fazer, com incentivo a mudanças positivas no estilo de vida.

Na área de abrangência da unidade, tem implementado 01 grupo de idoso o qual desenvolve atividades de educação física dirigida à prevenção de doença, prevenção de quedas, promoção de hábito de higiene saudável, saúde bucal, saúde mental o qual apresenta uma participação de, aproximadamente, 39% dos idosos.

As principais limitações para um atendimento de qualidade são: Déficit de recurso humano na diferente especialidade no município; inexistência de exames de maior complexidade como mamografia; Insuficiência de medicamentos, principalmente via parenteral em caso de urgência e emergência.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Em comparação ao Relatório da Análise Situacional com o texto inicial da segunda semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS na Unidade Básica de Saúde Wilson Batista Siqueira, o relatório permitiu ter uma visão mais clara da estrutura da UBS, explorando as necessidades e limitações, as barreiras arquitetônicas, a organização da demanda dos usuários, o alcance e dimensão da atenção profissional e a acessibilidade dos usuários a SUS, fato que permitiu traçar estratégia para resolver os problemas identificados.

A análise situacional facilitou o conhecimento do número total de população de famílias, usuários por faixa etária e por sexo, além de conhecer os diferentes grupos de ações programática tais como gestantes, crianças, casos de hipertensão, diabetes, idosos e mulheres com risco de câncer de colo de útero e mama. Permitiram também a avaliar a qualidade das ações desenvolvidas, dificuldades existentes e positivas a serem fortalecidos, além de monitorar e avaliar os diferentes indicadores de cobertura e qualidade na atenção aos grupos priorizados.

Além disso, pode-se conhecer como está organizado o processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde, assim como diferentes ações que são desenvolvidas na unidade como: vacina, bolsa família, Grupos de educação em saúde, mostra de material para o Papanicolau, teste rápido de HIV entre outros.

Ao finalizar enfatizamos que a análise situacional proporcionou o fortalecimento do trabalho em equipe através da avaliação do trabalho realizado, das metas alcançadas e da perspectiva de mudanças positivas, as quais podem garantir atendimento de qualidade à população.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão arterial são doenças que acometem um percentual significativo da população brasileira e do mundo. Constituem importantes causa de doenças cardiovasculares e outras afecções como nos

órgãos dos sentidos da visão produzindo retinopatia, hipertensiva diabética e glaucoma. São esses problemas da visão que associados a essa grave doença, podem causar perda da mesma. Grande parte da população apresenta sintomas relacionados à hipertensão arterial como dor de cabeça, mal estar e tontura, há também as pessoas que não apresentam sintomas. Por isso, é importante checar sempre a pressão arterial, fazer avaliação oftalmológica pelo menos uma vez ao ano para evitar possíveis danos irreversíveis à visão, como a cegueira e outras complicações (BRASIL, 2012).

A Unidade Básica de Saúde Wilson Batista Siqueira, localizada no estado do Acre, presta serviços ao usuário em dois turnos de atendimento. A equipe é composta por 2 médicos de família, 1 dentista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de serviço bucal, 2 técnicas de enfermagem, técnica para coleta e processamento de exames de malária, 6 agente de saúde e um auxiliar de serviço geral. A área de abrangência conta com uma população estimada de 1.475 habitantes. Em relação à hipertensão arterial a estimativa de acordo com o caderno de ações programáticas é de 259 pessoas acima de 20 anos residentes na área, mas, apenas 213 (82%) são acompanhadas. A estimativa de pessoas com diabetes no caderno de ações programáticas é 74, mas apenas 51(69%) são acompanhados por nossa equipe de saúde. Os indicadores de qualidade da atenção tanto da hipertensão e diabetes que apresentam os piores resultados são: Avaliação de saúde bucal em dia: hipertensão (67%) e Diabetes (24%) e atraso na consulta agendada em mais de 7 dias, hipertensão (14%) e diabetes (71%), demonstrando problemas na área de acompanhamento e busca ativa de usuários e na oferta de serviços na área de saúde bucal.

A equipe realiza sistematicamente atividades educativas para prevenção e promoção da saúde de todos os usuários, com maior ênfase neste grupo, identificando risco nesta doença para melhorar os indicadores de qualidade.

Por esta razão justificamos a implementação do projeto de intervenção de melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Wilson Batista Siqueira, município de Mâncio de Lima - Acre, pois, poderá melhorar a atuação dos profissionais no acompanhamento e

diagnóstico, além de gerar instrumentos de avaliação e organização dos serviços prestados à população da área de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família Wilson Batista Siqueira, no Município de Mâncio Lima/Acre. Participarão da intervenção todas as pessoas da área de abrangência da unidade de saúde, maiores de 20 anos de idade que tenham hipertensão e/ou diabetes. A equipe conta com uma população de 1.475 habitantes, dos quais 735 do sexo masculino e 740 do sexo feminino, quanto ao número da população total portadora de hipertensão e/ou diabetes atualmente residentes na área de abrangência é de 213 e 51, respectivamente.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ações:

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Avaliar a cobertura semanalmente, tomando como base os registros em prontuários, ficha de espelho e planilha de coletas de dados. Também será feito contato com os ACS para verificar o andamento do cadastramento.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Garantir material adequado para realização do teste hemoglico na unidade de saúde.

Detalhamento: Os registros serão realizados através do prontuário (ficha de registro individual) e planilha de coleta de dados. Solicitaremos também aos profissionais da UBS, o preenchimento dos dados dos usuários nos registros (prontuário e planilha de coletas de dados), visando cadastrar o maior número possível no período de três meses. Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na UBS, será informada ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento a estes usuários. Para garantir material adequado para a realização de teste hemoglico na UBS,

será informada ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento a estes usuários.

Engajamento Público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas a comunidade será informada sobre a realização das consultas. Sobre as periodicidades preconizadas para a realização destas consultas, a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

A comunidade será informada também sobre a existência do programa na UBS sobre a importância de medir a pressão arterial, sobre o rastreamento para DM em adultos e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, através do acolhimento nas consultas médicas e por meio de ações educativas.

A comunidade será informada sobre a existência do programa na UBS sobre a importância de medir a pressão arterial, sobre o rastreamento para DM em adultos e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, através do acolhimento nas consultas médicas e por meio de ações educativas. Da mesma forma, a comunidade será orientada sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidades avaliadas periodicamente. Esta ação será realizada sob a responsabilidade do médico, por todos os

integrantes da equipe, durante o acolhimento, consultas individuais e ações educativas.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar os ACSs para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACSs para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: durante as reuniões semanais da equipe os profissionais de saúde serão capacitados sobre a verificação de pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito e para verificação da pressão arterial e realização hemoglicotete em adulto com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento da realização da frequência do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos será realizado pelo médico da UBS e por meio do registro (ficha de registro individual e a coleta de dados). Durante as consultas médicas e por meio de ações educativas, os usuários e a comunidade serão informados quanto à necessidade e periodicidade com que devem ser realizados os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Na UBS o atendimento odontológico será solicitado ao próprio usuário se ele tiver realizado consultas periódicas anuais com o dentista, e as informações colhidas serão registradas nos instrumentos como os prontuários e a planilha de coletas de dados. O acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia será monitorado pelo técnico de enfermagem dentro da unidade de saúde e pelo farmacêutico da farmácia popular por meio de um registro de entrada e saída com avaliação mensal.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos;
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde;
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais;
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde;
- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;
- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético;
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários;

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe serão definidas as atribuições de cada membro no exame clínico dos usuários. Portanto, será oferecida uma capacitação aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS disponibilizando a cada um deles a versão atualizada do protocolo para consulta, além de estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais através de educação continuada. Com o auxílio do gestor será garantida a solicitação de exames complementares e a agilidade para a realização dos exames aos usuários Hipertensos diabéticos que procurarem a UBS. Ainda serão estabelecidos na UBS sistemas de alerta para os exames

complementares preconizados indicados, onde manteremos uma vigilância sistemática e um atendimento priorizado e de qualidade. Será solicitada aos funcionários da farmácia a realização do controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, entradas e saídas por meio de um registro específico de monitoramento das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Será solicitado ao gestor que disponibilize um número adequado de consultas odontológicas junto ao CEO para hipertensos e diabéticos da UBS; Será proposto ao CEO que disponibilize na agenda atendimento priorizado para usuários classificados com risco odontológico.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA;
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe serão orientados pelo médico da UBS na própria unidade sobre a realização de exame clínico apropriado. Conforme o protocolo do MS, na referida reunião os profissionais serão orientados a seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, e orientados também, e por meio de ações educativas quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Durante a reunião semanal de equipe os profissionais serão orientados sobre a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

Engajamento Público:**Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão informados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação.**Ações:**

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Iremos monitorar o cumprimento da periodicidade nas consultas previstas no protocolo através do controle dos registros (da ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das visitas domiciliares.

Detalhamento: Os profissionais da UBS (médica e enfermeira) irão realizar visita domiciliar para buscar os usuários faltosos e será organizado um espaço na agenda de médicos e enfermeiros para o acolhimento de hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACSs para a capacitação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas, sobre a periodicidade preconizada, e a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes. Essa atividade será desenvolvida na primeira semana do processo de intervenção na UBS conduzida pelo médico.

Engajamento Público:

Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente um profissional da UBS fará o levantamento de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS consultando os registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta e acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não

avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Alimentar o SIAB mensalmente, elaborar um registro junto com a equipe para acompanhamento dos usuários que possa viabilizar as situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Informar a equipe sobre a relevância do registro correto das informações, este será realizado na primeira semana da intervenção com o treinamento no manuseio da ficha de espelho.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Engajamento Público:

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre

seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada através da consulta aos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Organização e Gestão do Serviço:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será priorizado na UBS o atendimento dos usuários considerados de alto risco deixando disponibilizado na agenda horário para o atendimento desta demanda (deixando quatro fichas de atendimento, desde segunda-feira até quinta-feira, sempre no horário da manhã).

Qualificação da Prática Clínica**Ação:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Durante a capacitação de equipe os profissionais serão orientados sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés; sobre a importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As mesmas serão realizadas nas duas primeiras semanas com três horas de duração e condução do médico da equipe.

Engajamento Público:**Ação:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nas consultas médicas os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos;
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos;
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos;
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos;

Detalhamento: O monitoramento quanto à realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; realização de orientação para atividade física regular; orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos e realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos; será realizado através do registro das informações prestadas no cadastro individual e na planilha de coleta de dados. Como a UBS não disponibiliza atendimento odontológico, será solicitado ao próprio usuário se ele tem realizado consultas periódicas anuais com o dentista, às informações colhidas serão registradas nos instrumentos ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço:**Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; Será solicitado ao gestor parceria institucional, para envolver nutricionistas nestas atividades de práticas educativas. As práticas coletivas sobre atividade física serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade. Será solicitado ao gestor parcerias institucional, para envolver educadores físicos nestas atividades de práticas educativas. Será solicitada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", enfatizando a importância do uso desse medicamento por hipertensos e diabéticos para melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Em cada consulta iremos orientar o usuário referente aos hábitos de alimentação saudável, prática do exercício físico e higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica**Ação:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas;
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal;

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais da UBS foram preparados e orientados sobre a promoção da prática de atividade física regular, alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde que podem ser utilizadas pelos usuários. Também será discutida a avaliação e o tratamento bucal do hipertenso e diabético, estas ações serão desenvolvidas nas duas primeiras semanas, com uma duração de 3 horas, sob a condução do médico da equipe.

Engajamento Público:

Ações:

- Orientar hipertensos e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável;
- Orientar hipertensos e diabéticos, e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Orientar os hipertensos e diabéticos, tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo;
- Orientar os hipertensos e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas consultas e visitas domiciliares, por meio de ações educativas, os usuários e familiares serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e higiene bucal. Estas serão planejadas nas reuniões de equipe e para também ocorrerem em forma de palestras semanalmente na UBS e no bairro com ajuda das lideranças da comunidade.

2.3.2 Indicadores

Metas relativa ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos. Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Metas relativas ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativa ao Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A equipe da UBS Wilson Batista Siqueira para a realização da intervenção direcionada à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes, irá adotar o caderno de atenção básica n. 36 e 37: hipertensos e diabéticos, Ministério da Saúde, 2013, os prontuários dos usuários, Mapa mensal de ambulatório, ficha de atendimento individual e ficha de visita domiciliar, as planilhas de coletas de dados e fichas espelho disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Serão providenciadas 264 fotocópias destas fichas com o gestor municipal, as quais ficarão disponíveis durante as consultas.

Toda a equipe da UBS está envolvida neste processo para sistematizar o atendimento e melhorar os indicadores de qualidade e cobertura desta ação programática. Nas reuniões da equipe haverá a exposição ao grupo do projeto e a discussão das atribuições de cada membro da equipe para a viabilização da intervenção, posteriormente realizaremos a capacitação da equipe, visando à qualificação da prática clínica sobre a utilização dos protocolos do ministério de saúde de 2013 e o manejo dos hipertensos e diabéticos. A capacitação será feita na sala de reuniões da UBS com uma periodicidade de encontros semanais da equipe e com duração de uma hora, sob a responsabilidade do médico.

Nestas reuniões discutiremos também nossas limitações e deficiências, elaboraremos um plano de ações para cumprir nossas metas e objetivos especialmente trabalharemos com a equipe a conscientização da importância da prevenção de fatores de risco a hipertensos e diabéticos tais como: orientações nutricionais, sobre a importância da prática de atividade física regular, higiene bucal, importância do tratamento não farmacológico, uso indiscriminado de fármaco.

Será discutido sobre a busca de como sistematizar e ampliar a cobertura, os agentes comunitários de saúde serão capacitados durante as atividades de visitas domiciliares para realizar busca ativa de toda a população e cadastrar os novos casos destas doenças.

O acolhimento será realizado pelos diversos profissionais da equipe, em todos os horários de funcionamento da UBS. A agenda para estes usuários será

facilitada havendo a disponibilização das consultas de segunda a sexta feira, e todas as demais ações programáticas continuarão sendo realizadas sem comprometimento do cuidado. Após a realização da primeira consulta à próxima já será agendada. Essas ações têm por finalidade ampliar o número de Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS e de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para monitorar e avaliar a intervenção, mensalmente o médico fará um levantamento dos atendimentos deste grupo, a fim de identificar os usuários faltosos para que seja realizada a busca ativa. A busca ativa dos faltosos será feita pelas profissionais agente de saúde nas visitas domiciliares. Também serão supervisionados as fichas e prontuários verificando se estão corretamente preenchidos e permitindo a tabulação correta dos dados para cálculo dos indicadores, todo este procedimento será realizado sob a responsabilidade do médico.

A UBS conta com os equipamentos e materiais disponíveis para a realização desta intervenção, tais como: cinco esfigmomanômetro, dois equipamentos de teste rápido de glicose capilar, um oftalmoscópio, assim como dois computadores.

Os atendimentos clínicos serão realizados pelo médico da equipe e as informações coletadas serão digitadas na planilha eletrônica fornecida pelo curso de especialização. As consultas obedecerão aos protocolos do MS e serão realizadas todas as ações para cálculo dos indicadores de qualidade previstos no projeto, envolvendo a estratificação de risco nas consultas para garantir o cálculo dos indicadores. Os profissionais serão orientados sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés, e também, sobre a importância do registro desta avaliação quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Além disso, enfatizaremos sobre a importância de todos os usuários do grupo de intervenção realizar o exame de fundo de olho, com o objetivo de determinar lesões na visão e assim poder definir o número de pessoas que apresentam retinopatia hipertensiva e retinopatia diabética. Este procedimento

será feito pelo médico da UBS o qual é capacitado profissionalmente para a realização do mesmo. A disponibilidade de exames complementares foi acertada com o gestor municipal viabilizando a agilidade de realização e de chegada dos resultados em um tempo adequado.

Será também sistematizado e aprimorado o grupo de educação em saúde para estes usuários, realizado em diferentes espaços como na UBS, Igreja, centro de trabalho dependendo da quantidade de pessoas da comunidade que irá participar, estimulando a fazer mudança de estilo de vida e procurando estimular hábitos saudáveis. Contaremos também com profissional de atividade física para a realização de atividades com este grupo. A divulgação de estes grupos serem feita pelos ACS e demais profissionais de equipe terá cartazes, retroprojetores e vídeos educativos.

As atividades de promoção e prevenção da saúde a nossos usuários será realizada nos diferentes espaços de atendimento, pela enfermeira e médico e demais integrantes da equipe treinada, durante os grupos de educação em saúde.

Nas ações de engajamento público, toda a equipe irá realizar visitas domiciliares, ações educativas para prevenção e promoção da saúde para todos os usuários, com maior ênfase neste grupo. Os usuários serão informados sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes Mellitus, ressaltando a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos. Faremos a busca dos “faltosos” às consultas, pesquisa verificando controle do peso, pressão arterial e glicose capilar. Também identificaremos o risco e orientaremos sobre os dias de consultas. Esperamos identificar e garantir a estratificação de risco cardiovascular e risco visual e realizar o exame do fundo de olho. Há também a orientação sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, agendamos para atendimento odontológico e fazemos uma programação de agendamento deste grupo que serão atendidos na semana seguinte, tanto em consultas como visitas domiciliares, garantindo qualidade na atenção a este grupo.

As visitas domiciliares são realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e demais integrantes da equipe. Será realizado o registro das mesmas através do preenchimento da ficha espelho e prontuário dos usuários.

Os principais problemas a serem enfrentados para realização desta intervenção são a inexistência de laboratório e agendamento para consultas especializadas, pois o município não dispõe de médicos especialistas e estas consultas são realizadas em outro município. A equipe está disposta a implantar ações para a melhoria da qualidade de atenção a população desta ação programática refletindo assim na melhora das condições de saúde da comunidade e afetividade da atenção oferecida pela ESF.

Planejamento das atividades por ação:

1. A Capacitação dos profissionais da ESF será feita na primeira semana de intervenção onde serão discutidos os protocolos de atendimento às pessoas com hipertensos e diabetes. Explicaremos sobre a importância do projeto de intervenção, assim como sobre a necessidade da cooperação de todos os profissionais para poder realizar com a melhor qualidade.
2. Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática: Na primeira semana faremos a leitura dos cadernos de atenção básica de saúde (BRASIL, 2013) referente às funções de cada profissional de saúde para maior entendimento dos profissionais e deixar no lugar visível para se alguém tem dúvidas possa revisar os mesmos.
3. O cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área abrangência será feito durante toda a intervenção mediante o atendimento clínico.
4. O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática e solicitar apoio para a captação das pessoas e realização das estratégias que serão implementadas, será feito na primeira semana de cada mês na reunião que se efetua sempre na quinta feira.
5. Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos será feito durante todas as semanas com atendimento integral e avaliação multifuncional rápida pelo medico

e avaliação por odontólogo da unidade de saúde assim como assistente social se for preciso.

6. As Visitas domiciliares às pessoas com hipertensão e diabetes acamadas e com limitação para se locomover serão feitas todas as semanas pelos ACSs, assistente social, médico ou enfermeira, além do odontólogo e técnica em saúde bucal para fazer avaliação no domicílio e evitar traslados para unidade de saúde.

7. Os Grupos dos hipertensos e diabéticos, serão atendidos na terça-feira de cada mês no horário da tarde pelo médico e enfermeira onde se farão palestras de temas de saúde com orientações e esclarecimento de duvidas, também serão verificados a pressão arterial.

8. A Capacitação dos agentes de saúde para realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltantes a consultas será feita na primeira semana de acolhimento dos mesmos na UBS e sob a responsabilidade do medico. A Busca ativa das pessoas hipertensas e diabéticas faltosas a consulta, será feita pelos ACSs de segunda a sexta-feira, previamente orientados e informados pela enfermeira e médico da ESF.

10. O Monitoramento da intervenção será feito na sexta feira de cada semana ao concluir o atendimento da tarde para verificar o numero dos hipertensos e diabéticos que compareceram às consultas, e os faltosos para a busca ativa dos mesmos. De forma que sejam verificadas as ações que foram cumpridas e as que não foram, por algum motivo e que sejam realizadas nas semanas seguintes.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A equipe da UBS Wilson Batista Siqueira por meio da intervenção buscou melhorar a atenção aos usuários maiores de 20 anos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), por meio do desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. A intervenção ocorreu no período de quatro meses, iniciou em janeiro, mas, foi interrompida em março até abril, em função das férias do especializando, por isso finalizou em junho.

Antes do início da intervenção foi realizada uma reunião com o gestor municipal, gestor da UBS, integrante da equipe e liderança comunitária para apresentar o projeto e explicar os objetivos. Tivemos boa aceitação por todos, agradei a presença e ressalttei a importância do engajamento e colaboração dos integrantes nas atividades previstas e que este projeto deve seguir na rotina da unidade.



Figura 2 – Reunião da equipe sobre o projeto de intervenção, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015. Fonte: Projeto do especializando.

Durante a intervenção, foram desenvolvidas ações a fim de ampliar a cobertura do programa de saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, ocorreu de forma gratificante de acordo com o planejado no projeto de intervenção. Os atendimentos clínicos deste grupo foram garantidos de maneira integral, com o preenchimento da ficha-espelho e coleta de dados diariamente, por meio dos quais obtivemos os

dados para visualizar os indicadores alcançados com a intervenção, sendo uma grande experiência a forma como os dados foram processados.



Figura 3 – Atendimento clínico à usuária com hipertensão, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015. Fonte: Projeto do especializando.

As atividades direcionadas a promoção da saúde foram feitas por meio das orientações sobre saúde bucal, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir os fatores de risco e complicações causadas pelas enfermidades crônicas.



Figura 4 – Atividade educativa sobre hipertensão e diabetes, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015. Fonte: Projeto do especializando.

Para cumprir a meta de ampliação da cobertura para 100%, foi realizado o cadastro adequado do usuário no prontuário, com o objetivo de realizar um atendimento organizado e de qualidade. As consultas foram oferecidas em três modalidades, agendadas pelos usuários junto à recepção ou através de busca ativa dos ACS, bem como na realização da consulta, na visita domiciliar aos usuários acamados, com deficiência física, mental, ou faltoso a consulta por outras causas.

Os atendimentos clínicos deste grupo foram realizados pelo médico, de maneira integral, conforme o protocolo do MS do ano de 2013. Foi realizado o preenchimento do cadastro individual e semanalmente as informações eram repassadas para as planilhas de coleta de dados, assim foi possível visualizar os indicadores obtidos com a intervenção.

Foram realizadas atividades aos grupos de diabéticos e/ou hipertensos na unidade básica de saúde durante o início da jornada laboral, e também foram oferecidas orientações na consulta clínica individual. Durante as visitas domiciliares nas comunidades, palestras, diálogos com médico, enfermeira e ACS capacitados, foram dadas orientações sobre saúde bucal, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir os fatores de risco e complicações causadas pelas doenças. Além disso, foram realizadas outras atividades coletivas como, a Conferência Municipal de Saúde, e outras atividades educativas realizadas no teatro municipal com os diabéticos, hipertensos e idosos. Durante a Conferência foi discutido o tema hipertensão e diabetes e seus fatores de risco.



Figura 5 – Participação dos idosos, e outras pessoas com hipertensão e diabetes em palestra no teatro municipal, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015. Fonte: Projeto do especializando.

Percebemos algumas mudanças nas atividades da UBS a partir da introdução da ficha de cadastro individual, coleta de dados e do cadastro dos usuários, da busca ativa de usuários faltosos e encaminhamento para avaliação pelo odontólogo, tornando o serviço bem organizado. Encontramos dificuldade para fazer a avaliação de saúde bucal no período em que o dentista ficou doente. Além disso, identificamos muitas dificuldades com os usuários os quais se negaram a ser tratados pelo dentista por diversas causas como, medo ou crenças, apesar das dificuldades todos tiveram orientação de higiene bucal.

Entre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e cumpridas integralmente tratam-se das reuniões de capacitação de equipe que ocorreram durante as primeiras quatro semanas com resultados positivos de intervenção, a participação dos funcionários foi fundamental. Os profissionais de saúde da UBS foram capacitados sobre o uso do protocolo de HAS e DM e o estabelecimento do papel de cada um na ação programática, todos estiveram envolvidos na intervenção e com certeza darão continuidade.

O monitoramento da intervenção, o cadastro de todos HAS e DM da área foi relativamente fácil, porque os agentes de saúde já tinham cadastrado mais de 90% dos usuários com estas doenças e os outros membros da equipe começaram a organizar o serviço para melhorar o atendimento. Isso foi fundamental para que a equipe de saúde pudesse manter a boa organização do registro de atendimento dos HAS e DM.

Nas ações de engajamento público, toda a equipe realizou nas visitas domiciliares ações educativas, de prevenção e promoção, com maior ênfase neste grupo. Informamos aos usuários sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão arterial e a diabetes Mellitus, importância de medir a pressão arterial a partir de 18 anos, fizemos a busca dos faltosos às consultas, pesquisa verificando controle do peso, pressão arterial e glicose capilar.



Figura 6 – Visita Domiciliar a usuário com pé diabético, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015. Fonte: Projeto do especializando.



Figura 7 – Visita Domiciliar a usuária acamada pelo AVC, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015. Fonte: Projeto do especializando.

Também identificamos os riscos e orientamos sobre os dias de consultas e realizamos a estratificação do risco cardiovascular. Orientamos sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, sobre os medicamentos que a UBS possui para controle dessas doenças. Foram realizados agendamentos para atendimento odontológico e realizamos uma programação de agendamento deste grupo que foram atendidos, tanto em consultas como visitas domiciliares, garantindo qualidade na atenção a este grupo.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas das ações previstas no projeto não foram completamente desenvolvidas. Uma de nossas maiores dificuldades foi não contar com um centro laboratorial e por isso, depender da atenção secundária ou dos laboratórios privados. Entretanto, muitos de nossos usuários não podem realizar seus exames nesses serviços, o que provocou demora nos resultados complementares em dia.

A avaliação odontológica também não foi completa porque o odontólogo esteve doente durante o processo de intervenção. A avaliação multidisciplinar por déficit de especialista de nível secundário no município foi um fator negativo no desenvolvimento do processo. Ainda não obtive resposta da gestão sobre o que será feito para ser resolvido.

Apresentamos dificuldades em agendar consulta aos usuários/ trabalhadores que por diferentes motivos entre eles a incompatibilidade de horário no trabalho não frequentam as consultas. Tivemos a iniciativa de organizar visitas domiciliares dois dias por semana de cinco a sete horas para acolher estes usuários, assim obtivemos resultados positivos nas duas ultimas semanas da intervenção.

Além disso, as férias de alguns membros da equipe e os feriados acabaram por atrasar algumas ações, porém, procuramos estratégias para realizar o cadastro de usuários conforme o planejado. Também tivemos de estabelecer estratégias de trabalho, pois, em princípio a intervenção seria em 16 semanas, mas, foi necessário reduzir para 12 semanas devido as minhas férias. Agendamos mais consultas na visita domiciliar que em muitas ocasiões foram afetadas pelas chuvas. A equipe envolvida trabalhou com ênfase em fazer mudanças positivas no modo e no estilo de

vida, visando atingir as metas com o objetivo de melhorar a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Cabe destacar que tivemos algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, como em relação aos dados da UBS, pois apenas alguns funcionários souberam dizer o número total da população da UBS e o número total de pessoas com HAS e DIAB com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, porém, achei esse dado descrito em documentos oficiais do município.

Foram realizadas semanalmente reuniões da equipe quando avaliamos o desenvolvimento das ações e discutimos os resultados e discutimos as limitações encontradas durante coletas de dados. Com engajamento obtive a motivação dos ACS e funcionários da equipe para obter os dados e agilizar nossa intervenção. Porém, em algumas semanas apresentamos, mas dificuldades pelos feriados 38º aniversário da cidade de Mâncio Lima, adotamos estratégias para conseguir os agendamentos dos usuários nessas semanas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Acredito que as ações previstas no projeto serão incorporadas à rotina do serviço e há viabilidade de continuidade da ação programática na nossa UBS. Mesmo com as dificuldades enfrentadas durante o processo, acredito que o atendimento específico para a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos hoje é uma realidade em nosso meio. Este é um processo que tem que ter continuidade, fato que nos convoca a continuar realizando os atendimentos e o cadastro segundo o planejamento e cronograma do projeto.

As fichas de cadastro individual já fazem parte de nossa rotina. Agora, precisamos manter um controle periódico destas para atingirmos as metas de cadastro de 100% de nossos usuários no decorrer dos meses, bem como, incluir os novos hipertensos e diabéticos. Uma das principais metas é a continuidade deste

processo de intervenção, objetivando que cadastraremos 100% dos usuários, bem como, seguiremos trabalhando, para manter as atividades de educação em saúde e mudar o estilo de vida de nossa população.

Sabemos que houve muitos avanços e melhorias com o desenvolvimento da intervenção na UBS: como a organização do trabalho da UBS e união entre os membros da equipe, porém, ainda precisa ser feito mais. A equipe está consciente da continuidade do processo de intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Apresento os resultados alcançados na intervenção com foco no programa de atenção à Hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS Wilson Batista Siqueira, em Mâncio Lima, Acre. A intervenção iniciou em 08 de fevereiro e finalizou em 18 de junho 2015, num período de três meses, pois, foi interrompida em março e abril devido às férias. Durante as reuniões da equipe os profissionais foram orientados sobre como proceder ao cadastro. A população total residente no território é de 1.475 pessoas, desta temos 259 hipertensos e 74 diabéticos estimados pelo caderno de ações programáticas, porém, residentes na área de abrangência são 213 (82%) hipertensos e 51 (69%) diabéticos.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em relação à hipertensão, não atingimos a meta proposta, já que foram atendidos 203 (95,3%) usuários nas 12 semanas. O comportamento por mês foi o seguinte: no primeiro mês foram cadastrados 45 (21,1%), no segundo mês 118 (55,4%), no terceiro mês 203 (95,3%). Este percentual baixo durante o primeiro mês foi porque no início a intervenção estava programada para 4 meses e nossa equipe

tinha um planejamento de fazer 13 atendimentos por semana e 52 (25%) mensal, para em 16 semana alcançar 100%. Mas, como a intervenção foi reduzida para 12 semanas, não foi possível atender a este planejamento (Figura 8).

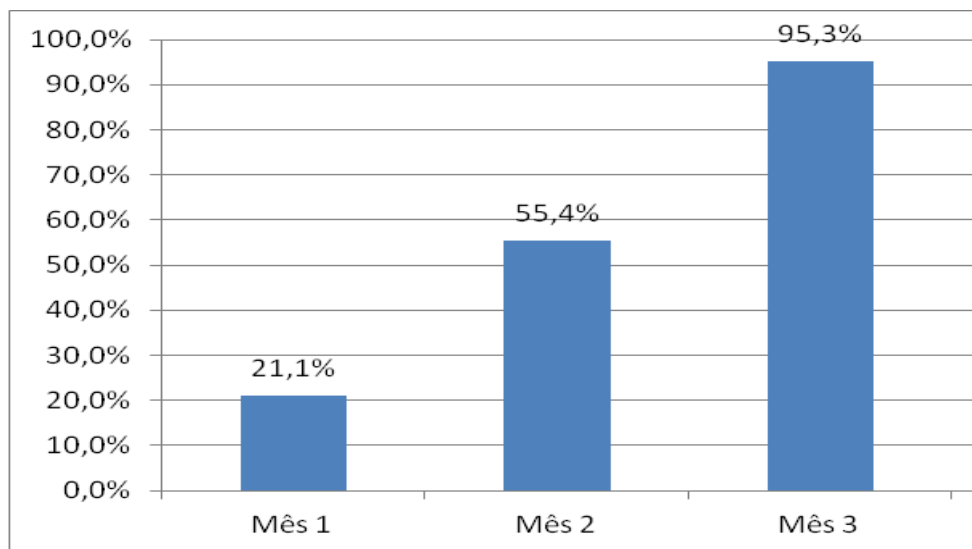


Figura 8: Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos na UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Para os diabéticos, a meta de 100% de cobertura foi alcançada. Pois, do total de 51 usuários, no primeiro mês foram cadastrados 09 (17,6%), no segundo mês 30(58,8%), e no terceiro 51(100%). Este resultado foi alcançado devido ao trabalho em equipe, planejamento, organização e intensificação das visitas domiciliares.

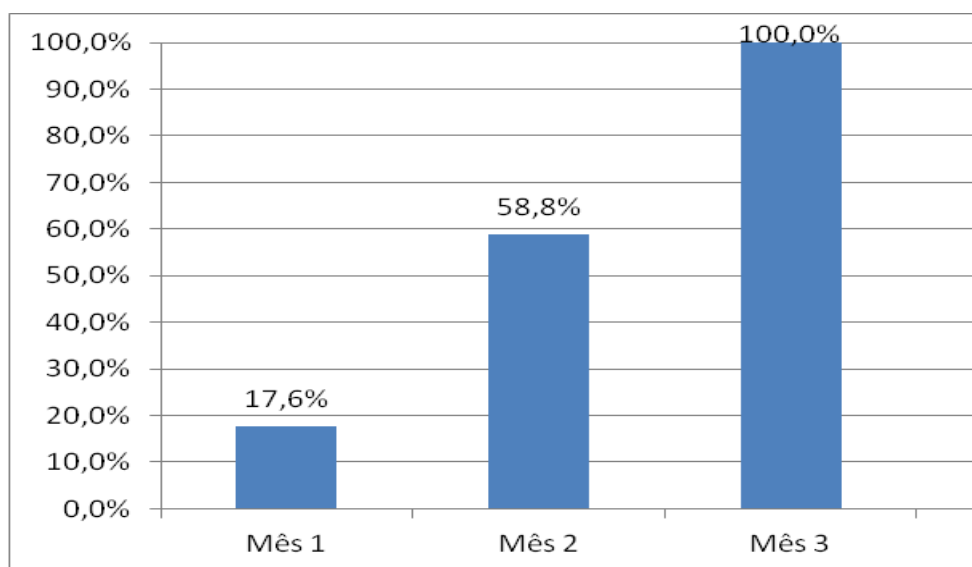


Figura 9: Cobertura do programa de atenção à saúde dos diabéticos na UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Definimos a meta de realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos usuários deste grupo. Este exame foi realizado nas consultas de forma integral. Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia, nos três meses atingimos a meta 100%.

Meta 2.3. Garantir a 90% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 90% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Não alcançamos a meta de 90% dos usuários com exame complementares em dia. Sinalizamos que o fato do município ter um laboratório com acessibilidade aos usuários no hospital, demora muito a realizar e entregar os resultados dos exames. Os demais laboratórios são de modo que 80% da população de nossa área de abrangência não tem acesso por limitações econômicas.

Em relação aos exames complementares em dia dos hipertensos não atingimos a meta proposta devido às limitações deste serviço no município, tendo um comportamento por mês da intervenção da seguinte forma, primeiro mês 38 (84,4%) de usuários com exame em dia, no segundo mês 83 (70,3%) e no terceiro mês 154 (75,9%).

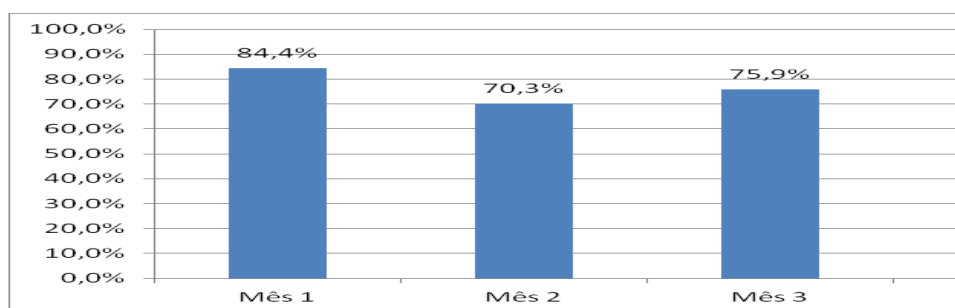


Figura 10. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Quanto aos usuários com diabetes, o resultado foi semelhante, aos hipertensos, no primeiro mês 7(77,8%), no segundo mês 21(70,0%) e no terceiro mês 39 (76,5%).

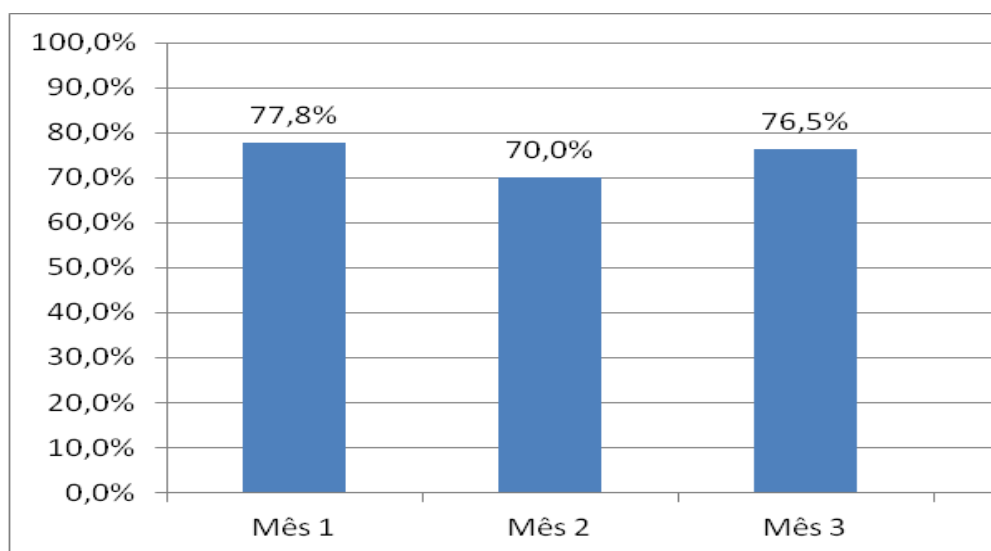


Figura 11. Proporção de diabéticos com exame complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Não conseguimos atingir a meta durante intervenção, porém chegou bem próximo do previsto porque são usuários que tem tratamento há muito tempo e ficam compensados e, além disso, não aceitaram fazer mudança nesta primeira etapa da intervenção. Observar-se que no primeiro mês obtivemos 41 (93,2%), no segundo mês 94 (87,0%), no terceiro mês 169(91,4%), alguns dos usuários estavam sendo acompanhados pelo cardiologista e outros por especialistas (Figura 12).

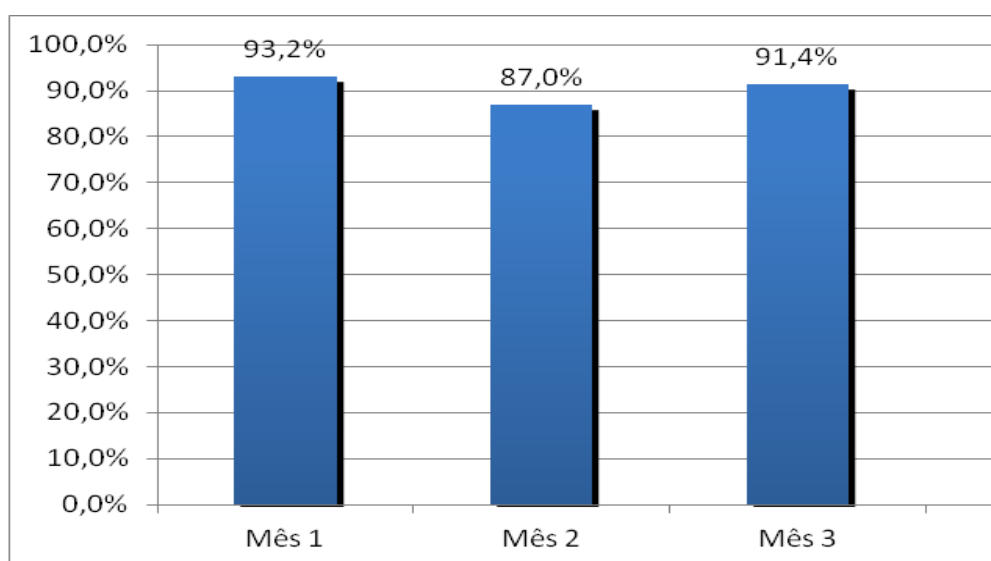


Figura 12. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima/Acre Fonte: Planilha de Dados 2015.

Quanto ao diabetes, também não foi possível atingir a meta de prescrição dos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia porque muitos usuários são acompanhados pelo clínico geral e cardiologista e apresentava tratamento que não são disponibilizados na farmácia popular, fato que limitou a mudança das prescrições. No primeiro mês alcançamos 7 (77,8%) usuários, no segundo mês 24 (80,0%) e no terceiro mês 43 (87,0%) (Figura 13).

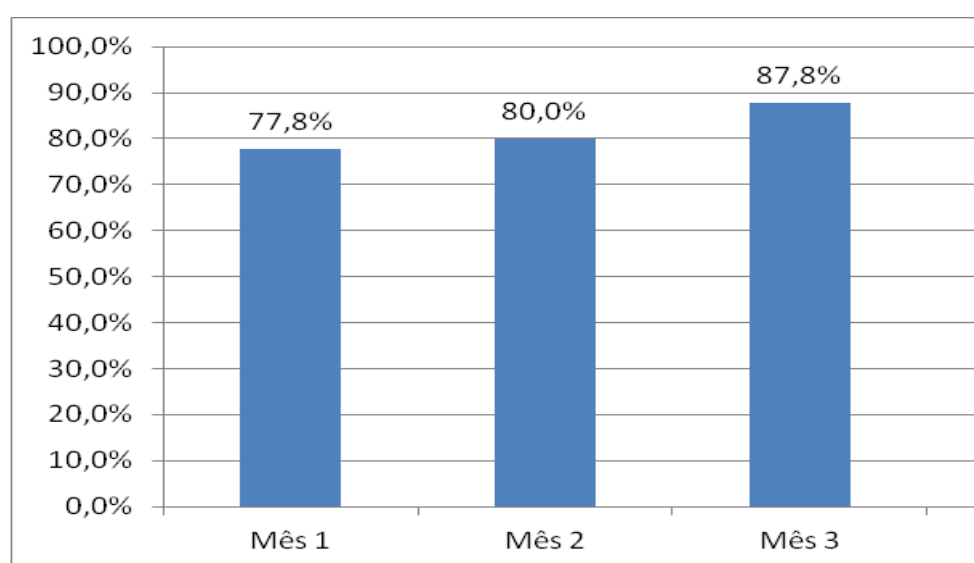


Figura 13. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima/Acre. Fonte: Planilha de Dados, 2015.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Durante os dois primeiros meses conseguimos realizar um trabalho em parceria com a equipe de odontologia, nas consultas dos usuários que estavam sem avaliação em saúde bucal. Estes recebiam uma primeira avaliação e tinham sua consulta agendada, caso fosse necessário. Não atingimos a meta porque o processo de intervenção foi curto e o dentista ficou doente durante 15 dias e não foi possível fazer o encaminhamento para outro posto de saúde. No primeiro mês contamos com 39 (86,7%), no segundo mês 88 (74,6) e terceiro mês 105 (51,7%) (Figura 14).

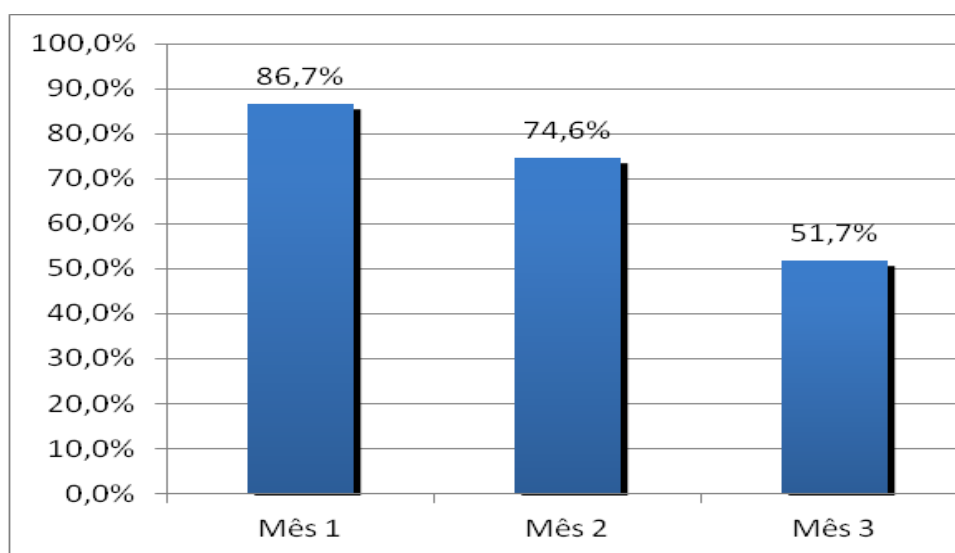


Figura 14: proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre.
Fonte: Planilha de Dados 2015.

Também houve uma redução na avaliação da necessidade odontológica aos diabéticos. O motivo da redução são os mesmos que dos hipertensos. No primeiro mês foi 8 (89,9%), no segundo mês 23(76,7%) e no terceiro mês 28(54,9%) (Figura 15).

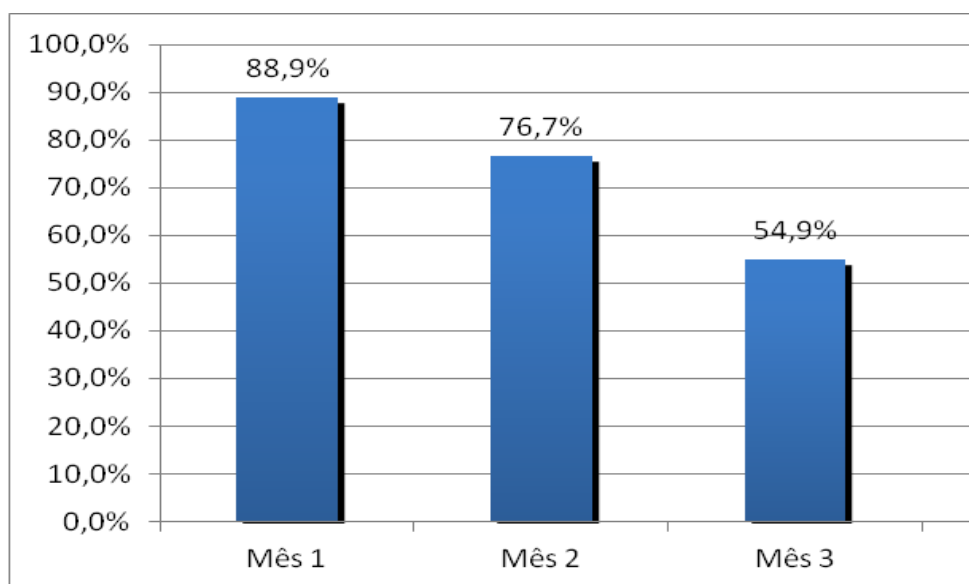


Figura 15. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Desde inicio da intervenção a equipe trabalhou muito na busca ativa. No primeiro mês foram realizadas 9 (81,4%) buscas de 11 faltosos às consultas. No segundo mês foram 35 (76,1%) buscas de 46 faltosos, e no terceiro mês foram 56 (87,5%) buscas de 64 usuários com hipertensão. Neste indicador se faz importante destacar que mesmo a equipe tendo trabalhado muito e de termos elaborado um cronograma para a realização da busca ativa dos faltosos, muitos deles compareceram espontaneamente à unidade e assim tomaram conhecimento do processo de intervenção, não sendo, portanto, necessárias algumas visitas domiciliares (Figura 6).

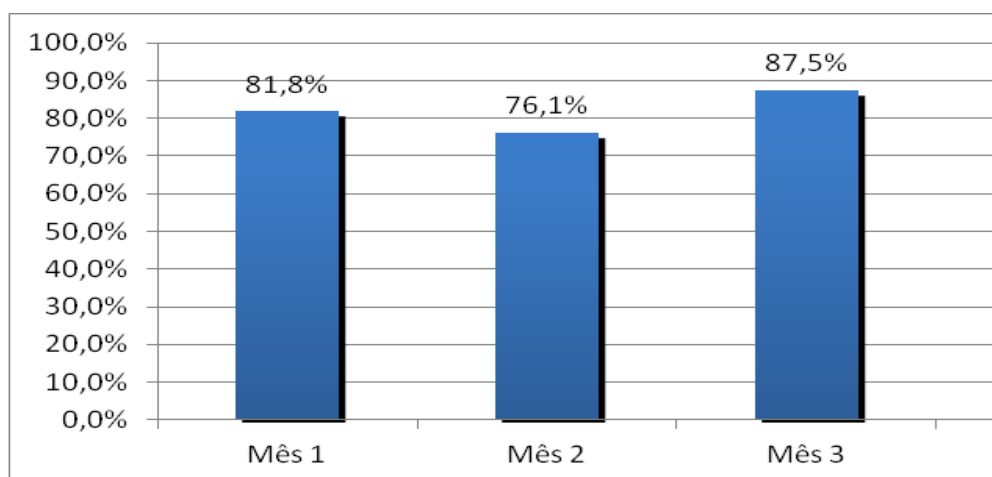


Figura 16. Proporção de hipertensos, faltosos as consultas medicas com busca ativa UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês, foram 3 faltosos e todos com busca ativa (100%). No segundo mês foram 13 faltosos, mas, 10 (76,9%) com busca ativa. E no terceiro mês foram 17 faltosos, mas, 14 (82,4) com busca ativa. Não foi necessário fazer a busca ativa de todos os faltosos, mesmo com a utilização do cronograma, pois à medida que os usuários diabéticos ficavam conhecendo a intervenção eles buscavam a unidade de saúde (Figura 17).

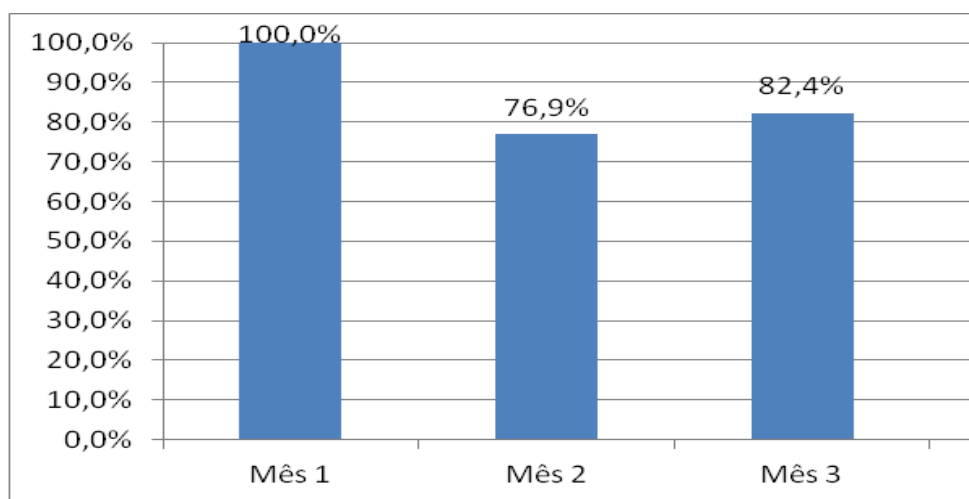


Figura 17. Proporção de diabéticos, faltosos as consultas medicas com busca ativa UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Após a capacitação da equipe sobre o adequado preenchimento dos registros, foi definida a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Entretanto, o resultado no primeiro mês foi 38 (84,4%), segundo mês 75 (63,6%), e terceiro mês 143 (70,4%), porque alguns usuários, no momento da consulta não apresentaram todos os exames complementares, dessa forma o registro da ficha não ficou completo (Figura 18).

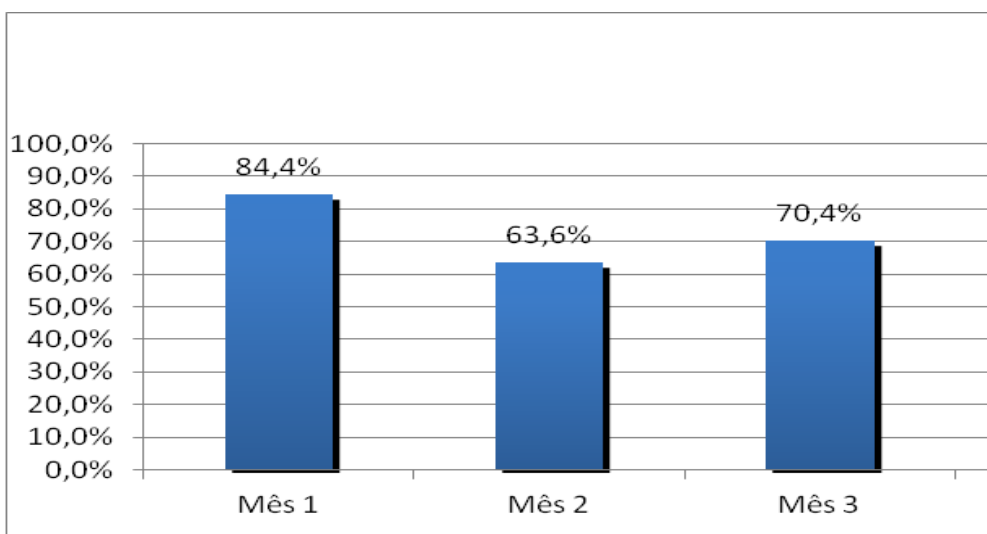


Figura 18. Proporção de hipertensos com registro adequado de acompanhamento UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima/Acre. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Para os diabéticos também não atingimos a meta proposta para o registro adequado na ficha de acompanhamento, apesar do esforço dos funcionários da equipe em especial dos ACSs que contribuíram muito para obter melhores resultados. Não se alcançou a meta por que se considerou como inadequado àqueles registros na ficha que apresentaram ausência de registro sobre exame laboratorial e complementares como o eletrocardiograma por exemplo. No primeiro mês foi 6 (66,7%), no segundo mês 15 (50%) e no terceiro mês 30 (58,8%).

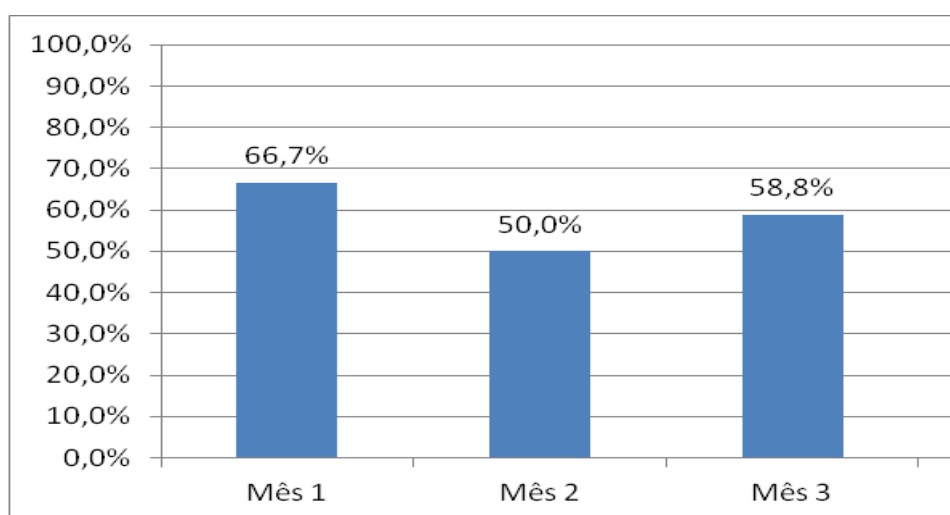


Figura 19. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de Acompanhamento UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio lima, Acre Fonte: Planilha de Dados 2015.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para alcançar o objetivo de mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular foi proposta a meta de 100% na realização da estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos. Portanto, durante os três meses da intervenção, a proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exames clínico integral em dia foi 100%. Sendo no primeiro mês de 45 (100%), segundo mês 118 (100%), terceiro mês 203 (100%) para hipertensão. E, no primeiro mês de 9 (100%), segundo mês 30 (100%), terceiro mês 51(100%) para diabéticos.

Para alcançar estes resultados foi necessário realizar um exame clínico completo valorando antecedentes patológicos pessoais, índice de massa corporal, pressão arterial e fatores de risco dando classificação pelo escore de Framingham e classificando-o em baixo, moderado e alto risco.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Na capacitação da equipe todos os profissionais foram treinados para dialogar com os usuários sobre os hábitos de vida saudável, nos atendimentos clínicos, e na visita domiciliar aos usuários deste grupo. Portanto, os usuários foram orientados sobre o estilo de vida saudável, a meta de 100% de orientação nutricional foi alcançada nos três meses da intervenção. Em relação aos hipertensos no primeiro mês 45(100%), segundo mês foi 118(100%) e no terceiro mês 203(100%). Todos os diabéticos também foram orientados sobre alimentação saudável durante a intervenção. No primeiro mês foi 9(100%), segundo mês 30(100%) e terceiro mês foi 51(100%).

Durante a intervenção, nas capacitações todos os membros da equipe receberam orientações sobre a importância da prática regular de atividade física para a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Portanto, nas visitas, na UBS mediante palestras, também na consulta médica os usuários receberam orientação sobre atividade física. Nas atividades de grupo o educador físico realizou caminhada e exercícios físicos. Foi proposta uma meta de 100% de orientação em relação à atividade física aos hipertensos e/ou diabéticos, e essa meta foi alcançada em todos os meses da intervenção. Quanto aos hipertensos, no primeiro mês atingimos 45 (100%), nos meses seguintes de 118 (100%) e 203 (99%). Quanto aos usuários com diabetes, conseguimos realizar orientações sobre a importância da atividade física em 100% nos três meses da intervenção, sendo no primeiro mês 9 (100%), no segundo mês foi 30(100%), e terceiro mês 51(100%).

A equipe também realizou orientação sobre os riscos de tabagismo para a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos e alcançou a meta de 100% em todos os meses da intervenção. Quanto aos hipertensos que receberam orientação sobre os

riscos de tabagismo, no primeiro mês 45(100%), no segundo mês 118(100%) e terceiro mês 203(99%). Atingimos a meta proposta de 100% dos diabéticos orientados sobre risco de tabagismo, no primeiro mês foi 9 (100%), no segundo mês 30 (100%) e terceiro mês 51 (100%).

Em parceria com o dentista, conforme foram planejadas nas reuniões da equipe, todos os hipertensos e/ou diabéticos agendados receberam orientações sobre cuidados de saúde bucal, assim como, aqueles avaliados no acolhimento, logo, alcançamos a meta de 100%. No primeiro mês 45(100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês foi de 118 (100%), e terceiro mês foi de 203(100%). E quanto aos diabéticos, foram orientados no primeiro mês 9(100%), no segundo mês 30(100%) e terceiro mês 51(100%).

Para atingir este resultado nossa equipe primeiramente recebeu uma preparação e colocou em prática de acordo com o cronograma do projeto. Apesar disso, não alcançamos 100% em todas as metas propostas, mas nossa equipe continua trabalhando no desenvolvimento das ações visto que as precisam ter continuidade frente ao impacto positivo que demonstrou nos indicadores de saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da nossa UBS.

4.2 Discussão

No desenvolvimento da intervenção na UBS Wilson Batista Siqueira obtivemos como resultados a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhoramos os registro e qualificação da atenção com relevância para a ampliação dos indicadores como: exame clínico em dia de acordo com o protocolo, exame complementares em dia, exame dos pés dos diabéticos, exames do fundo de olhos, classificação de risco cardiovascular destas doenças crônicas. Conseguimos incorporar novos usuários ao programa mediante a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas, com o atendimento clínico qualificado, atividades educativas, encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção, e estimulamos o tratamento da farmácia popular.

Com certeza a realização da intervenção teve ponto muito positivo tanto para a comunidade como para os usuários hipertensos e/ou diabético, e também para a equipe da unidade básica de saúde. Os usuários deste grupo demonstravam estar

satisfeitos e melhores atendidos. Porém, essa ação diferenciada gera insatisfação em alguns usuários na sala de espera que desconhece o motivo da priorização. A realização da intervenção foi importante para o serviço de saúde na medida em que possibilitou que ocorressem várias mudanças positivas na rotina do serviço contribuindo com a qualificação da qualidade dos atendimentos prestados aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS, mudança que ainda requerem a continuidade do processo para que a cada dia seja materializada.

Antes de iniciarmos a intervenção, as atividades de atenção deste grupo eram concentradas na consulta médica e com a realização da intervenção podemos destacar que melhorou significativamente o trabalho da UBS, ganhamos em organização do trabalho, mais união entre os integrantes de equipe, como aspectos positivos o cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais, implantação de registros específicos como a ficha-espelho, atendimento clínico integral e humanizado. Além disso, com a ampliação das consultas nas visitas domiciliares e a busca ativa aos faltosos a consulta, melhoramos muito nossos indicadores. Para a comunidade a intervenção impactou positivamente, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos. Foi gratificante vivenciar sentimentos de satisfação dos usuários pelas atividades desenvolvidas no decorrer da intervenção. Porém existe ainda muito trabalho pela frente, teremos que melhorar a cobertura de atendimento odontológico, exames complementares em dia e resolver algumas deficiências encontradas durante a intervenção.

Com os resultados e mudanças positivas durante a intervenção, acredito que será incorporada a rotina de nosso serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos em especial os de alto risco. A partir da experiência vivenciada pretendo continuar ampliando a cobertura dos hipertensos e/ou diabético até alcançar nos próximos meses a meta de 100% em todos os indicadores. Além disso, trabalhar na possibilidade de ampliar a cobertura para outras ações programáticas que merecem atendimento priorizado e de qualidade como o pré-natal e puerpério para melhorar os indicadores do programa materno-infantil. Com certeza a intervenção vai ter continuidade e teremos melhora dos indicadores mediante as mudanças positivas.

5. Relatório da intervenção para gestores

Senhor (a) Gestor (a);

Em parceria com a universidade aberta do SUS (UNA-SUS), a Universidade Federal de Pelotas lançou a especialização em Saúde da Família, na modalidade a distancia e o referido curso propicia ao trabalhador/especializando realizar uma intervenção na UBS em que trabalha.

A UBS em que trabalho, Wilson Batista Siqueira, é urbana está vinculada ao SUS através do SIASUS e SIAB, o modelo de atenção é ESF. Nossa equipe é formada por um médico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, sete agentes de saúde, enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um agente da vigilância em saúde, uma auxiliar administrativo, médico clínico geral e uma auxiliar de limpeza.

A intervenção ocorreu no período de três meses, de 08 de fevereiro de 2015 a 18 de junho de 2015, pois, parou no período das férias do especializando nos meses de março e abril. Buscou desenvolver a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, contemplando o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

No eixo organização e gestão do serviço, foram realizadas reuniões semanais para capacitação da equipe de saúde de forma efetiva. Desde o início da intervenção, foi realizada uma reunião com o coordenador, integrante e profissional da equipe bem como com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também contamos com participação comunitária na apresentação do projeto para esclarecer os objetivos da intervenção, este encontro objetivou o debate sobre o projeto e o esclarecimento quanto ao desenvolvimento das ações.

Foram realizadas atividades nos grupos de diabéticos e/ou hipertensos, na consulta clinica individual e durante as visitas nas comunidades através de palestras coordenadas pelo medico, enfermeira, ACS, com atividades direcionadas à promoção da saúde, por meio de orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causas pelas doenças.

Além disso, foi realizada uma atividade no espaço do Teatro Municipal com a participação de idoso e diabético.

Como aspectos positivos ressaltaram a ampliação do cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência de nossa UBS bem como a implantação de registro para todos os usuários em uma ficha-espelho, e a realização de atendimento clínico integral e humanizado para todos eles.

As principais metas alcançadas na intervenção foram: exames clínicos em dias a 100% dos usuários, cobertura de atendimento de 95,3% para hipertensos e 100% dos diabéticos, 100% dos usuários com estratificação de risco cardiovascular, além disso, 100% dos sujeitos atendidos receberam orientação sobre alimentação saudável, práticas de atividade física regular, e os de tabagismo e higiene bucal.

Atingimos bons percentuais, mas precisamos do suporte da gestão para nos auxiliar quanto ao agendamento de alguns exames laboratoriais, tais como o teste hemoglico, hemograma completo e ultrassonografia.

O projeto de intervenção obteve resultados positivos em relação aos indicadores e terá continuidade junto a equipe de profissionais da nossa UBS para seguir qualificando os indicadores, produzindo mudança do estilo de vida desta população. Por fim, queremos agradecer o apoio da gestão para que esse trabalho fosse realizado.

Muito obrigado

6. Relatório da Intervenção para a comunidade.

Senhoras e Senhores!

Como foram informados na UBS Wilson Batista Sequeira, foi realizado pelos profissionais um trabalho para melhorar a saúde dos hipertensos e diabéticos. Quando iniciamos o trabalho identificamos que existiam 213 (14,4%) usuários com o diagnóstico de hipertensão, somente 121(8,2)% buscavam a UBS local para acompanhamento; e do total 51(3,4%) da população de residentes cadastrada com o diagnóstico de diabetes, somente 36(2,4%) beneficiavam de acompanhamento na nossa unidade de saúde.

Com as ações desenvolvidas na intervenção foi possível elevar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, no qual só foi possível com o apoio dos profissionais e da própria comunidade, onde conseguimos atingir 203(95,3%) dos hipertensos e 51(100%) dos diabéticos, bem como, foi possível a melhoria de alguns cuidados que não eram frequentes como, exame clínico apropriado, e avaliação do risco de problemas graves que podem afetar o coração e a circulação. A qualidade dos cuidados de saúde também melhorou, com percentagens de 93% em todas as áreas.

O apoio que cada um foi essencial para termos atingidos nossas metas especialmente em relação às ações de promoção da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, quando contamos com a mobilização da comunidade para buscarmos juntos à gestão municipal por melhores condições de trabalho . Durante a intervenção, houve limitações que não puderam ser evitadas, mas de um modo geral o saldo foi positivo. Não deixamos de cumprir nenhum dos programas estabelecidos na UBS, e registramos um aumento no fluxo de usuários em todas as áreas e em todas as idades. Todas as atividades que integraram o trabalho realizado durante os meses serão incorporadas no dia a dia da UBS, vamos continuar orientando os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, a prática regular da atividade física, e sobre os malefícios do tabagismo e seu tratamento, visando o interesse da saúde da população, e cuidando de cada um dos hipertensos e diabéticos.

Para a comunidade, acredito que a intervenção impactou positivamente, pois, as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos. Nas visitas domiciliares devido ao envolvimento da equipe, em especial o grande esforço dos ACS conseguimos incorporar usuários ao programa mediante a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas, atendimento clínico qualificado, atividades educativas, encaminhamento dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção. Também houve incentivo e aumento do uso de tratamento medicamentoso disponível na farmácia popular/HIPERDIA, pois ocorreram várias mudanças positivas na rotina do serviço contribuindo com a qualificação do atendimento prestado aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS. Esta intervenção ainda terá continuidade com resultados nos indicadores e mudança de estilo de vida saudável.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Primeiramente quero agradecer a oportunidade de estar neste curso de especialização ofertado pelo SUS por meio da Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social. Eu visava somente minha qualificação profissional para a obtenção do título de especialista em Saúde Família. Conheci o ambiente virtual e meus orientadores, durante a participação dos fóruns e me interagi com alguns colegas, professores e coordenadores onde compartilharam ideias, e onde ocorreram vivências inesquecíveis. Além disso, estabeleci intercâmbio cultural, conhecendo os costumes da população e aprendendo nova linguagem, foi uma experiência muito boa.

Após compreender o projeto pedagógico do curso, fiz intercâmbio e compartilhei os conhecimentos adquiridos com a equipe. Nas reuniões de encontro de capacitação da equipe, sempre compartilhava com eles as tarefas do curso, algumas dúvidas e considerações eram esclarecidas entre os membros, e ficaram muitos motivados e interessados pela intervenção.

A realização da intervenção pôde destacar que melhorou significativamente o trabalho da UBS, onde os profissionais e funcionários foram treinados, (incluindo os ACSs) para ministrarem palestras sobre hábitos de vida saudáveis. Dessa forma, ganhamos em organização do trabalho e mais união entre os integrantes de equipe.

A intervenção com certeza vai ter continuidade para oferecer um atendimento com qualidade e continuar melhorando os atendimentos a este grupo da população e melhorar outros programas como o Pré-natal e o Perinatal .

REFERÊNCIAS

MION JR., Decioetal. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq.Bras.Cardiol.**, São Paulo, 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2004001000001&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37);

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36);

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Tratar a pressão alta é um ato de fé na vida. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pressao_fe_vida.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616&janela=1>.

BRASIL **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas.** Ministério da saúde, secretaria de vigilância em saúde- Brasília; ministério da saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus: Guia básico para diagnóstico e tratamento.** 2.ed, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB.** 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 11.03.2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.

APÊNDICES


Apêndice A - Fotografia



Figura 20 – Representante da OPS e Secretário Municipal de Saúde em visita a UBS, interessados pelo funcionamento da especialização, UBS Wilson Batista Siqueira, Mâncio Lima, AC, 2015.

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM- silmara (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

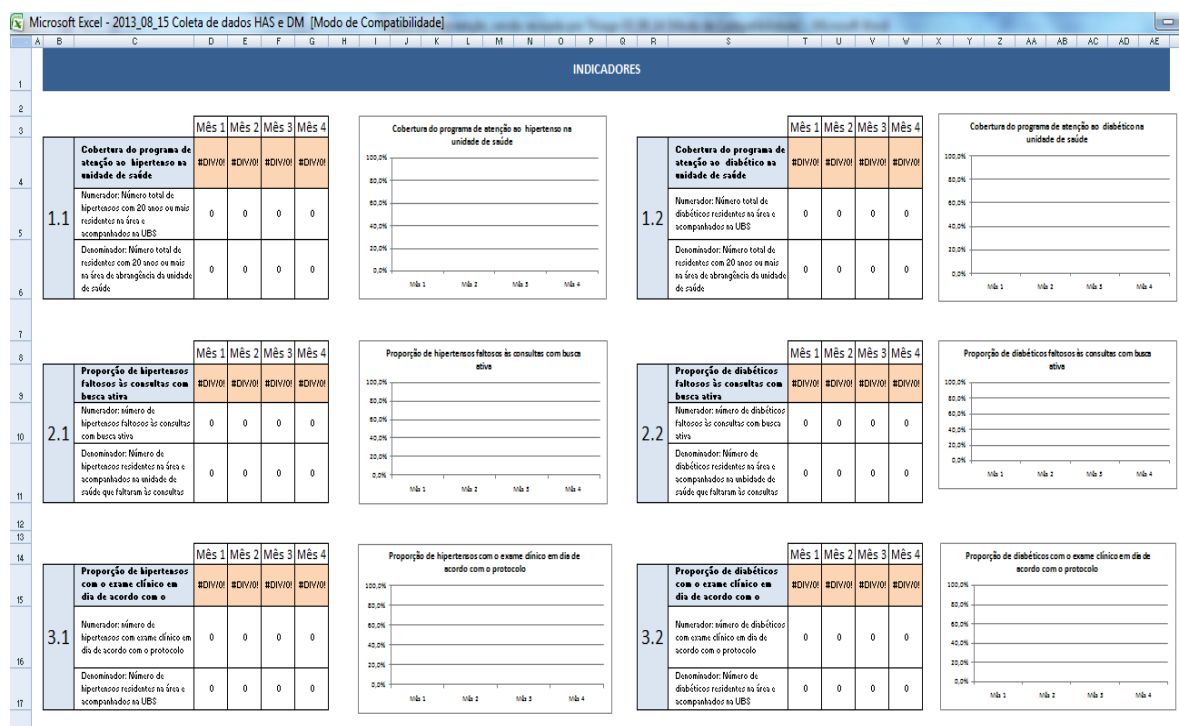
Ínicio
Inserir
Layout da Página
Fórmulas
Dados
Revisão
Exibição

Calibri
11
Fonte
Alinhamento
Número
Formatar
Estilos de Célula
Inserir
Excluir
Formatar
Células
Classificar e Filtrar
Localizar e Selecionar

C52
D.O.S

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Indicadores HAS e DM - Mês 1												
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos estão na lista do Hiperc ou da Farmácia Popular?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
4		1	ANL	70	1	1	1	0		1	1	1	1
5		2	ARS	69	1	0	1	1	0	0	0	1	1
6		3	ALS	76	1	0	1	0		1	1	1	1
7		4	AFCM	73	1	1	1	0		1	1	1	1
8		5	AS	95	1	0	1	0		1	1	1	1
9		6	AM	52	1	1	1	0		1	1	1	1
10		7	AAC	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1
11		8	ALS	54	1	1	1	0		1	1	1	1
12		9	AMF	60	1	1		0		1	1	1	1
13		10	AVF	65	1	0	1	0		1	0	1	1
14		11	AMS	54	1	0		0		1	1	1	1
15		12	AGS	44	1	0	1	0			1	1	1
16		13	AB	68	1	0		0		1	1	1	1
17		14	AF	41	1	0	1					1	1
18		15	ABP	63	1	0	0	0	0	1		1	0
19		16	AS	60	1	1	1	0		1	0	1	1
20		17	ACLL	74	1	0	1	0		1	1	1	0
21		18	APS	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1
22		19	AMA	42	1	0	1	0		1	1	1	1
23		20	ARA	69	1	0	1	0				1	1
24		21	APL	73	1	1		0		1	1	1	1
25		22	ANP	90	0	0	1	0			1	1	1

Órientações
Dados da UBS
Mês 1
Mês 2
Mês 3
Mês 4
Indicadores
Plan1





Anexo C - Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante